

La citoyenneté en trompe l'œil ou Les maux ont-ils encore du sens ?

La loi de rénovation sociale et médico-sociale, dite loi 2002-2, s'affiche délibérément comme une loi de bienveillance. Inspirée notamment des logiques fonctionnelles et instrumentales de l'entreprise marchande, elle impose aux professionnels du secteur une farouche volonté de contrôle et d'expertise. Il s'agit, de parler VRAI, d'utiliser les mots et le langage de la modernité : évaluation, qualité, efficacité, transparence, indicateurs d'activité, accréditation.

L'institution spécialisée devient prestataire de service et « l'utilisateur » son client. Ce dernier, en dépit de sa souffrance, de sa précarité et de sa dépendance, est placé, nous dit-on, au centre du dispositif dans une posture citoyenne. Il doit occuper une position de pilote et de consommateur dont il risque fort de mal s'accommoder. Dans un déni quasi absolu de tout ce qui aurait été réalisé jusqu'ici (exit la loi de 75 et les notions d'aide et d'assistance), certains diront qu'il convient de sortir (enfin) le secteur de son « amateurisme originel »...

Et si les mots d'aujourd'hui n'étaient là, en définitive, que pour ignorer superbement les maux qui encombrant, ceux de l'esprit notamment.

PRÉAMBULE

L'éducation spécialisée, mais tout autant l'éducation, est désormais sous contrôle, et les politiques sociales érigées en véritables dogmes au nom de la qualité et du bien, ont la prétention de produire désormais des guides de bonnes pratiques, lesquelles pratiques seront évaluées à échéances régulières et ensuite accréditées, donnant droit ou non à la poursuite du travail engagé.

Hervé Ledoux

Directeur I.M.E Handas Amiens - Polyhandicap

Président Association Polygone Amiens - Adultes handicapés mentaux

Dans cette volonté affichée d'une maîtrise absolue, révélée par l'accroissement notable et notoire de lois et de réglementations, devant un tel excès de rationalité, le désir, constamment traqué, ne serait-il pas en train de tomber peu à peu dans la souricière.

Un marché de dupes

Il nous apparaît aujourd'hui que les professionnels que nous sommes sont bel et bien dupés par un discours au demeurant séduisant, à savoir celui de la citoyenneté, de la responsabilité, de l'expression démocratique pour les personnes handicapées, âgées, et en situation d'exclusion (mise en place d'une charte du résident, d'un livret d'accueil, d'un conseil de vie sociale, d'un contrat de séjour, des droits de l'usager, etc...). Mais ce discours, que personne ne saurait renier, masque une toute autre réalité faite de contrôle, de rationalisation, d'instrumentalisation, de réduction des coûts, d'ouverture à la concurrence, politique inspirée notamment des logiques marchandes.

Notons au passage que la communication officielle de l'administration centrale et des ministères concernés a pris grand soin à mettre en valeur les aspects les plus nobles de la loi au nom des droits de l'usager (rebaptisé client), de la personnalisation, de la prévention de la maltraitance ou autre thème flatteur en vogue.

S'il ne s'agit pas d'un marché de dupes, d'une citoyenneté en trompe l'œil, que l'on nous explique alors ces multiples paradoxes :

- Que dire d'un décret budgétaire (le premier apparu) où « le taux directeur s'impose et l'enveloppe limitative empêche ». Directeurs, nous devenons davantage les exécutants d'une tâche que les partenaires d'une mission, techniciens serviles n'obéissant plus qu'aux seules injonctions économiques.
- Que dire, dans ce même domaine économique, où d'une logique de charges, nous passons désormais à une logique de ressources (la santé n'a pas de prix) et que penser d'un coût de fonctionnement qui ne doit pas être hors de proportion avec un coût d'un établissement comparable (que compare-t-on ?).
- Que dire de la mise en place d'évaluations qui devront se faire au regard de procédures, de références et de recommandations dites de « bonnes pratiques professionnelles » validées par le Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale.
- Que dire de ces mêmes évaluations dont le coût estimé s'élève à plus de 15.000 euros pour la seule démarche qualité et provoquent l'envahissement du médico-social par des consultants en quête de marchés, cherchant à imposer leurs modèles pour créer des débouchés à leurs activités. Ces mêmes consultants participent directement aux différents groupes de travail au sein des établissements avec une belle assurance.

- Plus encore que ces évaluations, que dire de ces contrôles policiers (il n'y a pas d'autres termes) quasi inopinés que mettent en place les organismes des Caisses Primaires d'Assurance Maladie au sein des établissements et équipes. Ceux-ci vont mesurer, chronométrer, le temps pour le repas, le bain, le change d'un enfant, mais également le temps d'un entretien, d'une prise en charge éducative ou rééducative, d'une réunion, etc...

“Que dire de cette préconisation des bonnes pratiques qui incline expressément les professionnels à ne pas prendre de risques”

- Que dire de cette préconisation des bonnes pratiques, de ces procédures et recettes qui inclinent expressément les professionnels à ne pas prendre de risques et à adopter un service minimum aseptisé, alors que tout acte éducatif ou thérapeutique est un acte à risques.
- Que dire de cette suspicion de maltraitance à l'égard de l'institution et du travail social en général soumis alors de plus en plus au contrôle permanent et qui nous entraîne peu à peu vers une désinstitutionnalisation au profit du domicile (Société libérale oblige) ou de concept d'intégration fourre tout et de scolarisation pour tous.

- Que dire de ce rapport usager/institution sous le régime désormais de la judiciarisation dont on voit apparaître aujourd'hui très concrètement les effets auprès des tribunaux.
- Que dire du renoncement à l'assistance au profit plus moderne de la responsabilisation et de l'accompagnement (exit le terme de prise en charge).
- Que dire, enfin et surtout, du déni de la souffrance psychique, du déni de la subjectivité ambiante, du déni de l'inconscient, où l'établissement, l'institution devient exclusivement une unité de production plutôt que d'existence.

Ainsi, le désir entre petit à petit dans la souricière et nous faisons le constat de peu de réaction de la part notamment des professionnels eux-mêmes, pour certains sidérés, et pour les autres enchantés par les sirènes de la citoyenneté. Un rapport à l'usager de nature différente s'impose, ce rapport devant être désormais fédéré par le fond et la forme de la loi. L'institution, les services deviennent des prestataires et l'usager, le client.

Mais venons-en désormais à cette loi de rénovation qui imprime à notre secteur une coloration nouvelle et moderne, nous dit-on, ou plus exactement venons-en à l'esprit de cette loi.

- Plus encore que ces évaluations, que dire de ces contrôles policiers (il n'y a pas d'autres termes) quasi inopinés que mettent en place les organismes des Caisses Primaires d'Assurance Maladie au sein des établissements et équipes. Ceux-ci vont mesurer, chronométrer, le temps pour le repas, le bain, le change d'un enfant, mais également le temps d'un entretien, d'une prise en charge éducative ou rééducative, d'une réunion, etc...

“Que dire de cette préconisation des bonnes pratiques qui incline expressément les professionnels à ne pas prendre de risques”

- Que dire de cette préconisation des bonnes pratiques, de ces procédures et recettes qui inclinent expressément les professionnels à ne pas prendre de risques et à adopter un service minimum aseptisé, alors que tout acte éducatif ou thérapeutique est un acte à risques.
- Que dire de cette suspicion de maltraitance à l'égard de l'institution et du travail social en général soumis alors de plus en plus au contrôle permanent et qui nous entraîne peu à peu vers une désinstitutionnalisation au profit du domicile (Société libérale oblige) ou de concept d'intégration fourre tout et de scolarisation pour tous.
- Que dire de ce rapport usager/institution sous le régime désormais de la judiciarisation dont on voit apparaître aujourd'hui très concrètement les effets auprès des tribunaux.
- Que dire du renoncement à l'assistance au profit plus moderne de la responsabilisation et de l'accompagnement (exit le terme de prise en charge).
- Que dire, enfin et surtout, du déni de la souffrance psychique, du déni de la subjectivité ambiante, du déni de l'inconscient, où l'établissement, l'institution devient exclusivement une unité de production plutôt que d'existence.

Ainsi, le désir entre petit à petit dans la souricière et nous faisons le constat de peu de réaction de la part notamment des professionnels eux-mêmes, pour certains sidérés, et pour les autres enchantés par les sirènes de la citoyenneté. Un rapport à l'usager de nature différente s'impose, ce rapport devant être désormais fédéré par le fond et la forme de la loi. L'institution, les services deviennent des prestataires et l'usager, le client.

Mais venons-en désormais à cette loi de rénovation qui imprime à notre secteur une coloration nouvelle et moderne, nous dit-on, ou plus exactement venons-en à l'esprit de cette loi.

I - DU SUJET MALTRAITÉ AU HORS SUJET D'UNE LOI QUI « S'EN MÊLE »

À l'instar du soldat Ryan, il faut sauver la personne handicapée. L'état, la société civile, l'opinion publique, voire les professionnels de l'action sociale, tous sont au chevet du malade...

C'est ainsi que le monde du handicap est en émoi. Abstraction faite d'une pénurie de moyens, d'une volonté délibérée de maîtrise des dépenses de santé, un vaste élan compassionnel s'empare du secteur qui soudainement apparaît sinistré.

Les conditions d'existence des personnes handicapées accueillies en établissement social ou médico-social sont préoccupantes et nécessitent que l'on s'y attarde.

À l'occasion des cérémonies du 14 juillet 2002, le président de la République déclarait comme priorité nationale, au même titre que les accidentés de la route et la recherche sur le cancer, ce qui n'est pas peu dire..., la cause du handicap.

Les parlementaires ont pris le relais, mettant en place des commissions d'enquête relatives aux conditions de vie des personnes accueillies en établissements spécialisés¹, l'objet de ces commissions étant de repérer les phénomènes de maltraitance, de les analyser et de rechercher les moyens de les prévenir. Parallèlement, au début de l'année 2002, un programme quinquennal 2002-2006 d'inspection des établissements a été mis en place, son objet étant de visiter pas moins de deux milles structures en cinq ans.

La suspicion de maltraitance des personnes handicapées résidant en institution médico-sociale s'avère extrêmement forte. Ainsi, Madame Boisseau, Ministre déléguée aux personnes handicapées en 2003, annonce lors d'une audition à l'une de ces commissions : « *la maltraitance est partout* », et d'ajouter la même année lors du colloque de Rennes² : « *auparavant, je parlais d'intégration au maximum des personnes handicapées, aujourd'hui, je vise à l'intégration totale !* ». L'aveu est éloquent.

1. Commission d'enquête Sénatoriale. « *La Maltraitance envers les personnes handicapées accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir : briser la loi du silence* », rapport n°339, 2002-2003. Paul Blanc, président, et Jean Marc Juilhard, rapporteur. Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale (proposition de résolution). « *Évaluation de la situation des personnes handicapées dans les Centres d'Aide par le Travail et l'étude des dysfonctionnements* ». Georges Hage, Député. 2002-2003.

2. Colloque d'ouverture de l'année européenne des personnes handicapées. Rennes. Février 2003.

Certains professionnels du secteur médico-social ne sont pas en reste. Jean René Loubat³, psychosociologue, affirme : « *les services sociaux peuvent enfin s'extraire du volontarisme idéologique des décennies précédentes et tourner la page temporelle d'un « ancien régime », celui d'une action caritative fondée sur l'auto légitimité, l'auto proclamation et... l'autosatisfaction* ». Ce même auteur, estimant sans doute que l'on cache ce que l'on ne veut pas montrer, invite instamment les professionnels du secteur à « *décrypter le contenu de la boîte noire institutionnelle* ».

“Les institutions sociales et médico-sociales seraient-elles à ce point maltraitantes ?”

Qui plus est, certaines affaires à forte résonance médiatique, par leurs aspects sensationnels et spectaculaires, laissent croire à l'opinion publique mais aussi aux hommes politiques, que les personnes handicapées accueillies en établissement spécialisé font bien souvent l'objet de mauvais traitements systématiques de la part de personnels sadiques auxquels elles auraient été livrées.

La plus emblématique de toutes est sans nul doute l'affaire des « Disparues de l'Yonne » où un employé d'un établissement médico-social, chauffeur de bus, a pu commettre de nombreux crimes et exactions sur des usagers vulnérables, a priori sous couvert d'une certaine complaisance. Affaire, évoquée à de nombreuses reprises lors des débats à l'Assemblée Nationale et au Sénat, et dont Jean-Marc Lhuillier⁴ n'hésite pas à dire qu'elle a marqué l'esprit des parlementaires puisque celle-ci a donné naissance à la commission présidée par le sénateur Paul Blanc et inspiré largement les orientations de la loi 2002-2.

Sur un mode similaire, le livre de Pascal Gobry⁵ se révèle être un véritable brûlot lancé contre les Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.) dont le seul et unique intérêt serait de tirer profit de la cupidité et la faiblesse des travailleurs handicapés. L'auteur, statisticien et ex-administrateur de l'INSEE, y dénonce à ce propos *la maltraitance et l'exploitation* de ceux-ci, ce qui lui vaudra du reste une plainte pour diffamation de la part de l'UNAPEI (Union des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés) pour « *approximations, malveillance et désinformation* ».

Les institutions sociales et médico-sociales seraient-elles à ce point mal traitantes ? N'auraient-elles jamais rien fait qui mériterait quelques accessits ?

Il faut rester mesuré sur cette question de la maltraitance et se préserver de tout sensationnalisme dont les dérives masquent la réalité des faits, car dans bien des endroits nous savons que la personne est effectivement respectée.

3. Jean René Loubat. *Lien Social* n° 649. 16 janvier 2003.

4. Jean Marc Lhuillier. « *Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux* ». Ed ENSP 2004. P.60.

5. Pascal Gobry. « *Handicapés : le scandale humain, l'enquête interdite* ». Ed. Le Cherche Mici. 2002.

Mais il nous faut reconnaître que, bien que tout établissement social ou médico-social soit tenu en première instance d'assurer et de garantir le bien-être et la sécurité des personnes⁶, enfants ou adultes, il n'en demeure pas moins que des agissements attentatoires à l'intégrité morale et physique, de natures et de degrés différents, peuvent être commis à leur encontre par des personnels de proximité.

II - DE LA MALTRAITANCE À LA NON TRAITANCE

La première approche de la maltraitance, qualifiée de maltraitance active, est celle de la violence qui s'étale le plus souvent et le plus visiblement dans les divers médias.

Il peut s'agir d'actes intentionnels tels que définis par la D.G.A.S. [Direction Générale des Affaires Sociales], se caractérisant par l'administration volontaire et directe de contraintes ou d'actes susceptibles de provoquer de graves préjudices sur le plan moral et/ou physique (châtiments corporels, « sur médication », abus et exploitations sexuelles, privations, abus financiers, etc...).

L'Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Handicapées (A.F.P.A.P)⁷ souligne « *que ces violences ne sont ni les plus importantes, ni les plus nombreuses, bien que plus médiatisées.* »

Une autre forme de maltraitance existe, plus insidieuse et plus répandue, il s'agit de la maltraitance dite passive ou « *en creux* », pour reprendre l'expression consacrée. Cela se traduit principalement par des phénomènes de négligences multiples, en principe de nature involontaire, sans caractère d'intentionnalité avérée : absence de considération, irrespect de l'intimité, réflexions déplacées, tutoiement, toilettes non faites ou vite faites, soins « expédiés », etc...

Cela commence souvent par des actions anodines qui, du fait de leur banalité toute relative, n'intéressent que peu de monde, pas même les familles des personnes accueillies qui, confrontées à la pénurie des offres, résignées, se satisfont du seul gîte et couvert.

Pour autant, la maltraitance n'a pas besoin d'être assimilée exclusivement à la violence pour être préoccupante, elle n'en est pas moins douloureuse et dégradante, surtout pour la personne qui la subit. Une succession de petits actes crée ainsi progressivement les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes accueillies en établissement spécialisé.

6. Charte des droits et des libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L 311.4 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles) : « *Le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté, doivent être garantis à la personne par l'ensemble des personnels réalisant une prise en charge ou un accompagnement.* »

7. A.F.P.A.P. www.afpap.org/afpap_handicap_maltraitance.htm

Il n'y pas loin, effectivement, de la maltraitance à l'abandon où le constat de carence de projets de soins et d'éducation peut être établi. Les conclusions du rapporteur de la commission sénatoriale, Monsieur Jean-Marc Juilhard vont bien dans ce sens : « *la maltraitance passive est bien synonyme de « non traitante », c'est à dire de la non application des traitements, des soins et des attentions nécessaires à la prise en charge et à l'épanouissement de la personne atteinte de handicap.* »

Il apparaît donc que cette non reconnaissance de l'Autre, en tant que personne, au delà de son symptôme, de ses incapacités et de sa pathologie, se trouve au cœur même de la problématique de la maltraitance.

**“La « bientraitance »
affichée ne serait-elle
pas en définitive
qu'une imposture ?”**

La loi de rénovation sociale et médico-sociale 2002-2 a la prétention de vouloir reconnaître la personne handicapée. À cet effet, elle met en place, à différents niveaux, politique, éthique, philosophique, mais aussi économique, de multiples décrets d'application que devront décliner les établissements spécialisés, pour une meilleure qualité de son existence.

Qu'en est-il vraiment des intentions de cette loi dite de « bientraitance » ?

III - AUX GRANDS MAUX, LES GRANDS REMÈDES

Le plein compulsif de la loi de rénovation 2002-2

L'imposture de la « bientraitance »

L'article 2 introductif à la loi de rénovation sociale et médico-sociale 2002-2, inséré dans le code de l'action sociale des familles (art. L 116-1) précise que « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* » et « *que cette action repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes* » en particulier des personnes concernées (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité ou de pauvreté...).

Au-delà des intentions, tout à fait légitimes mais pour le moins animées par une farouche volonté rédemptrice, les remèdes ne seraient-ils pas pire que les maux ? La « bientraitance » affichée ne serait-elle pas en définitive qu'une imposture ?

Des comptes à rendre

Depuis plus d'une décennie, nous assistons à l'émergence d'une idéologie nouvelle en constant développement : celle de l'efficacité, inspirée du secteur marchand qui tend à généraliser les démarches évaluatives et à uniformiser les actions. Il s'agit d'être efficace et rechercher la rentabilité maximale par le biais d'une transparence absolue.

La loi de rénovation sociale et médico-sociale 2002-2 relaie cette idéologie. Ses orientations imposent, comme le fait remarquer Michel Chauvière⁸, « un renforcement sans égal des exigences et du contrôle, présenté indifféremment au nom de la bonne gestion, de la qualité et des usagers ».

Les impératifs gestionnaires et financiers donnent le tempo de l'efficacité de l'action qui entre dans l'ère de la « sacralisation des moyennes » évoquée par Bauduret et Jaeger⁹ soumettant peu à peu l'accompagnement des personnes handicapées à la « tyrannie des ratios »¹⁰.

À cet égard, nous ne saurions passer sous silence que le premier texte d'application de la loi 2002-2 paru fut le décret budgétaire et comptable. De la même manière, nous pouvons nous étonner de la curieuse convergence entre l'irruption de l'évaluation et un contexte de restriction économique conjugué à un accroissement des besoins des usagers qui nous font nous interroger sur les moyens de nos ambitions.

Au vu de ces considérations de nature économique qui ne sauraient être ignorées, tout simplement aussi parce que l'argent dépensé sort également de nos poches, la réflexion d'Élisabeth Roudinesco¹¹ vient ici à point nommé pour nous permettre de prendre la mesure des véritable enjeux d'une telle question :

« Pour bien comprendre comment on est passé, en une trentaine d'années, d'une approche structurelle du sujet tenant compte de ses affects, de son vécu existentiel, du décryptage de sa vie inconsciente ou de son environnement, à un quadrillage athéorique de ses comportements, il faut d'abord savoir que les procédures d'évaluation du psychisme sont nées, après 1970, d'une volonté des responsables des politiques de santé publique, de réduire de façon drastique le coût des prises en charge de toutes les formes de pathologie : en médecine, en psychiatrie, en psychologie, en psychothérapie. »

Élisabeth Roudinesco reprend cette formule célèbre et effarante, lancée outre-atlantique, que nous pourrions tout aussi bien rapporter à notre secteur :

« La médecine de qualité est la médecine qui coûte le moins cher possible ! »

Les autorités de tutelle, par le biais de leur administration, ne sont pas en reste. Elles invitent à une instrumentalisation du dispositif de contrôle de plus en plus exigeante et contraignent un secteur tertiaire des établissements, pressurisé, généralement insuffisamment doté, pénalisé de surcroît par une réduction du

8. Michel Chauvière. « *Le travail social dans l'action publique, sociologie d'une qualification controversée* ». Dunod. Paris 2004. P. 254.

9. Jean François Bauduret et Marcel Jaeger. « *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation* ». Dunod. 2002. P. 216.

10. Michel Chauvière. *Op cit.* P. 254.

11. Élisabeth Roudinesco. « *Le patient, le thérapeute et l'état* ». Fayard. 2004. P. 106.

temps de travail, à réaliser de véritables prouesses administratives : souscrire aux exigences des procédures et protocoles, fournir des données codées, afin de satisfaire la voracité des analyses statistiques.

Nous pouvons nous demander, comme n'hésite pas à le faire Alain Boyer¹², si « le pôle administratif tutélaire ne se vengerait-il pas là en obligeant à multiplier

“La transparence exigée de nos jours et présentée comme la panacée n'est-elle pas en définitive le piège tendu par l'idéologie libérale ?”

les réglementations - kafkaïennes, courtelinesques, ou beaucoup moins réjouissantes - tous azimuts pour palier les revendications particulières toujours renaissantes puisque est exaltée la liberté individuelle ; y concourt aujourd'hui, ce qu'on appelle le panoptisme rebaptisé transparence que permettent les moyens modernes d'information, ce qui se traduit, tandis qu'est tenu un discours sur la liberté, par une oppression croissante ».

Il y aurait effectivement beaucoup à dire sur cette notion de transparence, l'allusion faite au panoptisme doit inciter à une extrême prudence quant aux véritables desseins que recouvre cette volonté des pouvoirs publics à tout contrôler, et par conséquent à tout savoir.

Michel Foucault¹³ donnait du panoptisme, inspiré de la figure architecturale de Bentham : le panopticon, la définition suivante : « le dispositif panoptique aménage des unités spatiales qui permettent de voir sans arrêt et de reconnaître aussitôt », au contraire du cachot disait-il « la pleine lumière et le regard d'un surveillant capte mieux que l'ombre qui finalement protégeait. La visibilité est un piège. »

La transparence exigée de nos jours, présentée comme la panacée, ne serait-elle pas en définitive le piège tendu par une idéologie dominante, ici libérale, où ce qui compte est avant tout de produire et d'être rentable ?

Des références théoriques nouvelles et... savantes !

Pour accompagner cette « mutation », de nouveaux concepts apparaissent inspirés des schémas d'entreprises industrielles et commerciales. L'ingénierie sociale est en œuvre dont la tendance se traduit pas la mise en place de nouvelles méthodes de management : le coaching, le downsizing, le benchmarking, l'ingeneering.

Désormais, l'on ne gère plus exclusivement un budget mais l'on gère également des personnalités ! La logique se veut avant tout gestionnaire et pragmatique. Les objectifs, nous dit-on, (comment contester cela ?) sont d'améliorer la qualité et d'adapter le secteur aux évolutions économiques.

12. Alain Boyer. « *Guide philosophique pour penser le travail éducatif. Tome 1. La loi et l'échange* ». Erès. 2001. P. 206.

13. Michel Foucault. « *Surveiller et punir. Naissance de la prison* ». Ed. Gallimard. 1975. P. 202.

En tout cas, une volonté s'affiche clairement de maîtriser l'action sociale et médico-sociale par le biais de l'expertise et de l'évaluation (gestion des risques, démarche qualité, norme iso, accréditation, etc...).

Les sciences sociales et humaines sont délaissées. Pour Michel Chauvière¹⁴, le constat est fait « *d'un déficit des sciences sociales au profit des effets cognitifs, de l'hégémonie du mode marchand communicationnel* ». Il s'agit d'une véritable « *révolution culturelle, dans laquelle nous sommes entraînés mais avec laquelle il nous faudra désormais compter.* »

Ce même auteur le rappelait récemment « *les mots font les choses* »¹⁵ et à ce titre nous pouvons nous étonner qu'il y ait aussi peu de résistance à cette dérive sémantique de la part notamment des professionnels du secteur social.

Ceux-ci seraient-il à ce point devenus orphelins d'une culture qui leur était singulière et à laquelle ils semblaient pourtant très attachés ?

De plus en plus, le monde de l'entreprise exerce un pouvoir de fascination et d'attraction pour bon nombre de travailleurs sociaux, qui voient peut-être à cette occasion l'opportunité de maîtriser définitivement l'action sociale (pour n'en être que mieux débarrassé) d'une part, et d'acquérir enfin un véritable statut professionnel que confèrent à leurs yeux la scientificité et le sérieux supposés de la démarche d'entreprise.

Pour être heureux : soyez citoyens !

La loi de 75, jusqu'à présent socle historique concernant la prise en charge des personnes handicapées, est désormais vouée aux gémonies au profit de la loi 2002-2 rénovant l'action médico-sociale. Cette loi fait état d'un souci de « *bientraitance* » promulguant de multiples décrets qui seront autant d'obligations, pour les établissements, à bien s'occuper de leurs résidents.

Charte du résident, Livret d'Accueil, Conseil de vie sociale, Démarche qualité, sont désormais érigés comme les garants du bien-être et de la sollicitude.

Une rupture structurelle est en œuvre puisque de la discrimination positive de la loi de 75 nous passons à la non discrimination où sont mis en avant désormais des principes de citoyenneté et de démocratie participative.

La logique de placement et de prise en charge s'efface au profit d'une logique de prestation de service individualisé qui voit l'usager devenir évaluateur du dispositif.

14. Michel Chauvière. *Op cit.*

15. Colloque organisé par la revue « Lien Social » à Toulouse sous le titre « *Les travailleurs sociaux doivent-ils être des militants* ». 1999.

Il échoit, par conséquent, à la personne bénéficiaire de l'action sociale et médico-sociale une responsabilité se traduisant concrètement par une position participative directe à la mise en œuvre de son projet voire du projet de l'établissement qui l'accueille.

Jean François Bauduret et Marcel Jaeger¹⁶ parlent de « *coproduction de services (réalisés ensemble) qui évoquent une transaction et une combinaison entre les producteurs que sont les professionnels et les usagers ou consommateurs* ».

“L’usager au centre du dispositif résonne désormais comme l’énoncé d’une forme inédite de certification qualité”

F. Noble

Une conception nouvelle de la « bienveillance » se définit dorénavant à partir d'une assignation de la personne handicapée à une position d'acteur impliqué et responsable de ces décisions, comme le souligne François Noble¹⁷ : « *L’usager au centre du dispositif résonne désormais comme l’énoncé d’une forme inédite de certification qualité* ».

Citoyenneté, droit des usagers et participation sont bien les maîtres mots de la législation sociale actuelle, le message délivré à la personne handicapée pourrait être repris sous la forme d'un slogan du genre : pour être heureux, soyez citoyens !

Nous assistons à un réajustement des places usagers/professionnels au travers de la mise en avant de ce concept de citoyenneté. Au vu de ces nouvelles orientations, nous sommes en droit de nous demander réellement pour qui, et à partir de quelle représentation du handicap cette loi a-t-elle été conçue ?

En effet, les dispositions de celle-ci mettent la personne en position de maîtrise absolue, dans un déni total de sa souffrance et à fortiori de ses dépendances.

À l'instar de Saül Karsz¹⁸, nous nous étonnons à ce propos « *qu'en travail social il n'y ait apparemment que des bénéficiaires* » et que « *le signifiant souffrance, pourtant si répandu dans ce champ, n'y est pas de mise* ». Comme une personne lambda, un acteur rationnel « *en état de lévitation sociale, nécessairement dans l'essentiel* » est invité à un rapport consensuel à la grande table des professionnels avec lesquels il devra tout de même apprendre à parler couramment le « médico-social ».

L'apparition d'une volonté d'homogénéisation, d'indifférenciation, alors que les positions des uns et des autres sont foncièrement asymétriques et l'antagonisme

16. Jean François Bauduret et Marcel Jaeger. Op cité. P. 94.

17. François Noble. « *L'usager au centre du dispositif. Énoncé d'une mission impossible* » in « *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?* ». L'Harmattan. 2000. P. 55.

18. Saül Karsz. « *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique.* » Dunod. 2004. P. 132.

constitutionnel (l'usager, par exemple, aurait préféré ne jamais rencontrer le professionnel), nous interroge sur la nature même de la rencontre proposée et ainsi organisée.

Cet « égalitarisme idéologique » constitue une forme de violence à l'encontre de la personne qui souffre car sa demande spécifique, que traduit l'expression de sa souffrance, ne peut être recevable dans un tel contexte qui le met dans la position intenable et angoissante d'être son propre thérapeute.

L'usager, au regard de cette souffrance qui le submerge, sait-il ce qui est bien pour lui ? N'attend-il pas plutôt de l'autre qu'il le contienne et le rassure ?

Effectivement, cela va à l'encontre de la vocation contemporaine du travail social en général qui consiste à refuser l'assistanat, développer la prise de responsabilité et la démarche individualisée. Mais comme le fait remarquer Marc Zerbib¹⁹ « *Tout bon travailleur social, c'est connu, doit orienter son projet éducatif sur l'autonomie, la citoyenneté, et si au contraire il était le mieux placé pour porter assistance à personnes en danger* ».

Vis à vis de l'institution médico-sociale, la loi 2002-2 considère celle-ci comme une entité raisonnable et objectivable dans une posture de « moi idéal » (démarche qualité) où seraient exclus les multiples aspects de subjectivité et d'inconscient qui n'ont de cesse de la traverser.

Aurait-on oublié, comme le disait Lourau²⁰ « *qu'une organisation latente, informelle ou clandestine, existe derrière la façade de l'organisation officielle la plus directive* ». Aurait-on oublié, comme le disait à son tour Paul Fustier²¹ qu'au niveau de l'infrastructure de l'institution « *des organisateurs psychiques infléchissent, donnent couleur et sens à la vie institutionnelle* » et qu'à un autre niveau qu'il appelle « *intermédiaire* » « *ces organisateurs psychiques choisissent, refusent, modifient et donc organisent de façon originale les informations venues de l'extérieur* ».

Au lieu de cela, l'institution doit se présenter sur un mode de pôle idéal, visant à l'excellence avec cette terrifiante exigence de respecter en permanence ses engagements. Ce que Jean René Loubat²² appelle « *la fidélité du prestataire à l'égard du service déclaré* » qui très concrètement « *signifie qu'il ne doit pas y avoir de confusion, de dérive ou de polyphonie à propos des prestations* ».

19. Marc Zerbib. « *L'inconscient : un fait social. Du rapport entre la psychanalyse et le travail social* ». Ed ASH 2002. P. 125.

20. René Lourau. « *L'analyse institutionnelle* ». Les éditions de minuit. 1970.

21. Paul Fustier. « *L'infrastructure imaginaire des institutions à propos de l'enfance inadaptée* » in « *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* ». Dunod. 1988. P. 132.

22. Jean René Loubat. *Op cité*.

constitutionnel (l'usager, par exemple, aurait préféré ne jamais rencontrer le professionnel), nous interroge sur la nature même de la rencontre proposée et ainsi organisée.

Cet « égalitarisme idéologique » constitue une forme de violence à l'encontre de la personne qui souffre car sa demande spécifique, que traduit l'expression de sa souffrance, ne peut être recevable dans un tel contexte qui le met dans la position intenable et angoissante d'être son propre thérapeute.

L'usager, au regard de cette souffrance qui le submerge, sait-il ce qui est bien pour lui ? N'attend-il pas plutôt de l'autre qu'il le contienne et le rassure ?

Effectivement, cela va à l'encontre de la vocation contemporaine du travail social en général qui consiste à refuser l'assistanat, développer la prise de responsabilité et la démarche individualisée. Mais comme le fait remarquer Marc Zerbib¹⁹ « *Tout bon travailleur social, c'est connu, doit orienter son projet éducatif sur l'autonomie, la citoyenneté, et si au contraire il était le mieux placé pour porter assistance à personnes en danger* ».

Vis à vis de l'institution médico-sociale, la loi 2002-2 considère celle-ci comme une entité raisonnable et objectivable dans une posture de « moi idéal » (démarche qualité) où seraient exclus les multiples aspects de subjectivité et d'inconscient qui n'ont de cesse de la traverser.

Aurait-on oublié, comme le disait Lourau²⁰ « *qu'une organisation latente, informelle ou clandestine, existe derrière la façade de l'organisation officielle la plus directive* ». Aurait-on oublié, comme le disait à son tour Paul Fustier²¹ qu'au niveau de l'infrastructure de l'institution « *des organisateurs psychiques infléchissent, donnent couleur et sens à la vie institutionnelle* » et qu'à un autre niveau qu'il appelle « *intermédiaire* » « *ces organisateurs psychiques choisissent, refusent, modifient et donc organisent de façon originale les informations venues de l'extérieur* ».

Au lieu de cela, l'institution doit se présenter sur un mode de pôle idéal, visant à l'excellence avec cette terrifiante exigence de respecter en permanence ses engagements. Ce que Jean René Loubat²² appelle « *la fidélité du prestataire à l'égard du service déclaré* » qui très concrètement « *signifie qu'il ne doit pas y avoir de confusion, de dérive ou de polyphonie à propos des prestations* ».

19. Marc Zerbib. « *L'inconscient : un fait social. Du rapport entre la psychanalyse et le travail social* ». Ed ASH 2002. P. 125.

20. René Lourau. « *L'analyse institutionnelle* ». Les éditions de minuit. 1970.

21. Paul Fustier. « *L'infrastructure imaginaire des institutions à propos de l'enfance inadaptée* » in « *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* ». Dunod. 1988. P. 132.

22. Jean René Loubat. *Op cité*.

Mais, parce que l'institution est constamment dans des stratégies adaptatives, tout professionnel sait pertinemment qu'un tel engagement ne tient pas.

IV - À NOTRE TOUR, RÉGLONS NOS COMPTES

L'idéal du sujet

En définitive, il apparaît que les objectifs inavoués de cette loi se situent dans la mesure des résultats de l'action menée plutôt que dans l'action elle-même, qui est soumise aux aléas de la rencontre et, de ce fait, ne peut être ni quantifiable, ni évaluable.

“Quelle place réelle pour la personne, face à la complétude d'un tel dispositif ?”

Cette approche quantitative réfute catégoriquement l'approche du discours psychanalytique évoqué par Joseph Rouzel²³ où « pour désigner l'essence de l'homme, on parlera de sujet défini comme sujet de l'inconscient » et pour qui « n'est ni exclu, ni normalisé, il est c'est tout ! ».

A contrario elle préférera, dans ses désignations, les termes de bénéficiaire ou de client, au risque de se mettre « hors-sujet » ou de mal traiter le sujet mais avec la garantie fantasmée, au final, de maîtriser son sujet...

Un modèle unique de référence, standardisé, pourra alors se décliner à l'envie et s'appliquer comme une thérapeutique idéale, réglementée, aseptisée, par conséquent débarrassée de tous les aspects parasites que produit entre autre la subjectivité mais aussi et surtout délesté de son idéal thérapeutique.

Alors, quelle place réelle pour la personne, face à la complétude d'un tel dispositif, formaté de la sorte lorsque l'on sait par ailleurs qu'il faut que « le système soignant ne se propose pas en position de moi idéal », comme le réappelle P. Alary²⁴ « pour qu'advienne un sujet véritable, celui de l'inconscient ».

Une loi en trompe l'œil

Au risque de ne pas décoller de ce que Marcel Jaeger²⁵ appelle « notre amateurisme originel » et aussi parce que comme le disait Spinoza « vouloir tout régler par les lois c'est hérissier les comportements », nous osons dire que cette loi 2002-2, dans sa prétention affichée de « bienveillance », se révèle être un leurre à bien des égards.

Nous savions bien que le Saint Graal était à portée de main, il serait tout de même de fort mauvais goût d'avancer l'idée que les multiples dispositions de cette loi puissent n'être qu'une implacable orthopédie des relations sociales construites à partir d'un modèle, certes bienveillant, mais pour autant totalitaire.

23. Joseph Rouzel. « Le travail d'éducateur spécialisé, éthique et pratique ». Dunod. 2000.

24. P. Alary. « A propos de la démarche qualité. Principes de réalité(s) et complément orthopédique... L'information psychiatrique ». 2000. P. 1063 à 1068.

25. Marcel Jaeger. *Revue ASH* n° 2381. 12 novembre 2004. P. 25.

Nous osons pourtant l'affirmer, quitte à ce que « *l'impérialisme gestionnaire nous traite d'irresponsable et l'impérialisme scientifique c'est à dire le scientisme, de demeuré* »²⁶

Cette loi 2002-2, inspirée des logiques fonctionnelles et instrumentales incarnant une farouche volonté de contrôle et d'expertise, transcendée par le sentiment d'une pseudo efficacité n'est ni plus ni moins qu'une camisole du bonheur ; en cela, elle est bien le trompe-l'œil suspecté, puisque sous couvert de la grande respectabilité que lui confère la citoyenneté.

V - LAISSER ALLER LA RENCONTRE...

Nous en sommes convaincus désormais, l'enjeu majeur autour de la maltraitance consistera à résister aux tentatives d'instrumentalisation des personnes prises en charge.

Fort heureusement, la réponse à la question de la résolution de la maltraitance ou de la mise en œuvre de la « bienveillance » ne se trouve pas uniquement dans les formes d'une loi qui affiche obstinément sa prétention de vouloir le bien.

Il serait illusoire d'imaginer qu'il suffise de superposer règlements, circulaires et prescriptions, pour *voir* la personne handicapée reconnue et respectée. Nous devons nous méfier d'une telle injonction à bien traiter car elle ne peut être que suspecte.

Aussi, nous préférons résolument « *le travail social au risque de la rencontre* » comme le déclame Thierry Goguel d'Allondans²⁷ où le « *chemin se fait en marchant* » qui permet « *toutes sortes de sentes, tant de périple, les avancées et les retours, l'obscurité et l'horizon qui point, le risque du détour et l'innommable ligne droite... L'existence s'éprouve sur les bords, non pas forcément ou exclusivement dans les marges mais dans les « itinérances » singulières* ».

La « bienveillance » est toujours le fait d'une rencontre, et non pas d'une connexion organisée qui ne peut que renforcer les risques de la maltraitance.

“L'enjeu majeur autour de la maltraitance consiste désormais à résister aux tentatives d'instrumentalisation des personnes prises en charge”

26. C. Vasseur; « *De gags en drames annoncés* ». La lettre de la psychiatrie française. N° 67. Septembre 1997. P. 1-3.

27. Thierry Goguel d'Allondans. « *La rencontre. Chemin qui se fait en marchant* ». Arcanes, Les cahiers d'Arcanes. 2000. P. 11.

Pour une clinique du sujet retrouvé

Chantal Humbert²⁸ utilise le terme clinique dans son sens étymologique « désignant le fait d'être au chevet, auprès de... » et c'est bien de cela dont il s'agit : aider la personne à se « retaper », qu'elle le fasse par elle-même et non pas d'elle-même et ce, même si nous sommes désormais passés de la personne fragile à la personne citoyenne.

Il est vrai que la relation d'aide ne va pas sans une relation d'emprise sur l'autre du fait même de sa vulnérabilité et son assujettissement. Le handicap, qu'il soit physique ou mental, ou les deux à la fois, nécessite en effet d'entreprendre des actes éducatifs et pédagogiques relevant d'un rapport étroit au corps. Dès lors, cette relation de dépendance devient nécessairement une relation à risque....

Collés au réel, au tragique et à l'insupportable, nous subissons ceux-ci. Confrontés à l'ennui, au pessimisme, à la fatigue et à la morosité, la tentation de « laisser tomber » est alors grande. Il revient à l'institution médico-sociale de mesurer ce risque par une analyse collective et individuelle permanente où seront pris en compte les phénomènes d'intersubjectivité.

Croire que le seul fait de codifier et légiférer cette rencontre douloureuse par un arsenal technique-pratique serait effectivement une erreur simpliste et grave.

Une exigence théorique incontournable

Nous le disions précédemment, notre secteur a fortement délaissé le champ des sciences sociales et humaines au profit de références théoriques issues du secteur marchand.

Pour soutenir la clinique du sujet retrouvé et contrer cette « déferlante opératoire », nous devons nécessairement transiter par une ré-appropriation de ces sciences humaines, qu'elles soient anthropologiques, psychologiques, sociologiques, psychiatriques et psychanalytiques.

Revenir en quelque sorte, comme le dit Michel Chauvière²⁹, « là où les pionniers avaient laissé la réflexion théorique, notamment dans les années 70, revenir par conséquent à cet effort théorique qui a inspiré le travail social de ces années » qui furent effectivement prolixes dans le domaine de la recherche en travail social et médico-social.

En tant que professionnels de l'action sociale, nous ne pouvons laisser plus longtemps ces terres en jachère, car seules les sciences humaines et sociales sont garantes d'une éthique qui permet à l'individu, et notamment à l'individu en détresse, d'être reconnu comme sujet à part entière et donc d'être bien traité...

28. Chantal Humbert. « Subjectivité et subjectivités dans les organisations du secteur social » in « Institutions et organisations de l'action sociale. Crises, changements, innovations ? » L'Harmattan. 2003. P. 109.

29. Michel Chauvière. *Revue ASH* N° 2373. Septembre 2004. P. 32.

Les professionnels que nous sommes, invités constamment à évaluer, cadrer, gérer, expertiser, valider, compter, mesurer, pensent-ils un seul instant, comme nous le fait remarquer Saül Karsz³⁰ que « *manquer de concept est aussi grave que de manquer de personnel compétent, d'équipement adéquat et de budgets convenables* » ?

Effectivement, nous avons le sentiment que le référentiel théorique originel se tarit mais sans en mesurer vraiment, semble-t-il, les véritables enjeux pour l'avenir.

Il nous faut absolument rendre ce champ délaissé de la recherche à nouveau fertile si nous ne voulons pas voir la réflexion, notre réflexion, se limiter aux seuls intérêts d'une logique opératoire instrumentale et gestionnaire telle que proposée par les orientations de la loi 2002-2.

Aussi, la détermination ne doit pas manquer, car la prétendue scientificité et la pseudo-efficacité que représente cette loi ne sont pas les moindres des obstacles à franchir. Un effort théorique s'impose par conséquent, comme le disait Cornelius Castoriadis³¹ citant Thucydide :

« *Il nous faut choisir : se reposer ou être libre* ».

30. Saül Karsz. *Op cité*. P. 139.

31. Cornelius Castoriadis. « *Post-scriptum sur l'insignifiance. Entretiens avec Daniel Mermet* ». Ed. de l'aube 1998. P. 38.